



CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 Y PROVEER UN TRATAMIENTO RELACIONADO PARA MENORES DE EDAD SIN LA PRESENCIA DE SUS PADRES O DE UN REPRESENTANTE LEGAL

Se requiere este consentimiento para la vacunación de pacientes menores de 18 años sin la presencia de sus padres o de un representante legal.

Nombre del paciente menor de edad:	Fecha de nacimiento del paciente menor de edad:
Dirección del paciente menor de edad:	
Contacto de emergencia: Nombre: _____ Relación con el menor: _____ Teléfono: _____	

Yo soy el: Padre/madre del paciente menor de edad Tutor legal del paciente menor de edad
_____ Otra persona con autoridad para tomar decisiones de salud en representación del paciente menor de edad; describa la relación legal: _____

Certifico lo siguiente:

- El paciente menor de edad tiene 12 años de edad o menos
- Tengo la autoridad legal para autorizar la administración de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech al paciente menor de edad
- Entiendo que la Administración de Alimentos y Medicamentos ("FDA") de los Estados Unidos ha autorizado el uso de emergencia de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech, misma que todavía no es una vacuna aprobada por la FDA.
- He tenido la oportunidad de leer la Hoja Informativa para Pacientes y Cuidadores sobre la Autorización de Uso de Emergencia de la Vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech (la "Hoja Informativa"). (Usted puede consultar la Hoja Informativa en [insert FDA website address for factsheet]).
- Entiendo los riesgos y beneficios conocidos y potenciales de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech y hasta qué punto se desconocen dichos riesgos y beneficios.
- Comprendo que tengo la opción de aceptar o rechazar la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech en nombre del paciente menor de edad.
- Entiendo que la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech es una serie de vacunas de dos dosis.
- Autorizo y doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad reciba cualquier tratamiento médicamente necesario en el caso poco probable de que presente una reacción a la vacuna, incluyendo escozor, hinchazón, desmayos, anafilaxia y otras reacciones.
- El paciente menor de edad y yo estamos de acuerdo en que el paciente menor de edad permanecerá en el área de observación durante el tiempo requerido después de recibir la dosis de vacuna.
- Doy mi consentimiento para la administración de dos dosis separadas de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech al paciente menor de edad en intervalos aproximados de tres semanas.

Nombre del padre/madre, tutor legal o persona autorizada Fecha

Firma del padre/madre, tutor legal o persona autorizada Fecha